

オンライン診療申込書

予約希望日 2020年 月 日

お名前
フリガナ

受診歴

あり：ID 番号（診察券をお持ちの方） ・ なし

性別 男 女

生年月日 大正 昭和 平成 令和 または 西暦 年
年 月 日 () 歳

住所（現在お住まいのところ）

〒

電話番号

固定：

携帯：

メールアドレス：

メールアドレス（確認）

●今日はどうされましたか？（症状のあるものをご記入ください）

・風邪のような症状（それぞれ何日前からですか）

咳(日前から) のどいた(日前から) 鼻水(日前から) 鼻づまり(日前から)
たん(日前から) 熱(日前から) 頭痛(日前から)

・その他の症状はありますか？（倦怠感 味覚障害 嗅覚障害 嘔気・嘔吐 下痢など）

・症状・経過についてできるだけ具体的にお書きください

●症状が出る二週間前までの間に新型コロナウイルス感染者との接触はありますか？

（あり なし）

●症状が出る二週間前までの間に新型コロナウイルス流行地(海外・首都圏・関西地区など)

への移動はありますか？

●これまでに大きな病気をされたことはありますか？ （あり なし）

●食べ物やお薬などでアレルギーはありますか？ （あり なし）

●現在治療中の病気・飲んでいるお薬がありましたら、お書きください。

●女性の方は現在、妊娠・授乳はされていますか？ （あり なし わからない）

●診察に関してご希望、その他不安なこと、ご質問がありましたら自由にお書きください。

●お子様の場合体重は何 kg ぐらいですか？ _____ kg

●お薬の剤形で飲めないものがありましたら○をつけてください。

（粉 シロップ 錠剤 漢方薬）

●保険証・受給資格証・お薬手帳をお持ちの方はこのメールに写真を添付してください。

※各受給資格証種類

・乳幼児医療費受給資格証・ひとり親家庭等医療費受給資格証・心身障害受給資格証・指定
難病医療受給者証・健康保険限度額適用認定証・児童相談所発行の受診券（施設入居者等
用）・八戸市国保妊産婦医療費受給資格証 など